

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901. — N° 33

DE LA
PHLÉBITE GAUCHE
COMME COMPLICATION
DE L'APPENDICITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le vendredi 30 novembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri GUFFON

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

Né à Tarare (Rhône), le 7 octobre 1873



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée

—
1900



Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901. — N° 33

DE LA
PHLÉBITE GAUCHE

COMME COMPLICATION
DE L'APPENDICITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le vendredi 30 novembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri GUFFON

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

Né à Tarare (Rhône), le 7 octobre 1873



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS
8, rue de la Méditerranée

1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESSUR.
CROLAS	QUESTEUR.

Professeurs honoraires

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

Professeurs	MM.
Cliniques médicales	LÉPINE.
	BONDET.
	BARD.
Cliniques chirurgicales	OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maurice)
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacologie	CROLAS.

Professeur adjoint

Clinique des Maladies des Femmes.	M. LAROYENNE.
---	---------------

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Accouchements	POLLOSSON (Aug.),	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE	CONDAMIN	VALLAS	PAVIOT
ROQUE	DEVIC	SIRAUD	NOVÉ-JOSSERAND
ROUX	COLLET	DURAND	BERARD
POLLOSSON (A.)	BOYER	DOYON	SAMBUC
ROCHET	BARRAL	PIC	BORDIER
ROLLET	MOREAU		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LACASSAGNE, président; M. LANNOIS, assesseur;
MM. BOYER et DURAND, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A M. LE PROFESSEUR LACASSAGNE

Chevalier de la Légion d'honneur

*Nous adressons nos respectueux hommages pour avoir
bien voulu accepter la présidence de notre thèse dans
des circonstances particulières.*

En tête de ce travail nous tenons à adresser nos remerciements à M. Villard, chirurgien des hôpitaux. Il nous a inspiré le sujet de notre thèse, a mis très généreusement à notre disposition les observations qu'il a pu recueillir et les idées qu'elles lui avaient suggérées.

Plein d'empressement et de bienveillance, nous l'avons toujours trouvé prêt à nous fournir un renseignement, à nous donner un conseil. Aussi, sommes-nous heureux de le remercier du fond du cœur pour la sympathie qu'il nous a toujours témoignée, pour l'intérêt qu'il nous a porté depuis le jour où nous avons eu l'honneur de le connaître en remplissant auprès de lui les fonctions d'interne.

Nous avons essayé dans ce travail d'être le fidèle interprète des idées de notre Maître, nous souhaitons de n'avoir pas trop failli à notre tâche afin de pouvoir lui faire hommage de cette étude, gage bien faible de notre bien vive reconnaissance.

Nous avons eu le bonheur de passer quelque temps dans les hôpitaux auprès de M. le professeur agrégé Paviot. Nous avons pu apprécier combien la médecine était intéressante auprès d'un maître aussi dévoué et aussi bienveillant. Notre regret est de partir trop tôt et de ne pouvoir profiter encore de ses savantes leçons.

A M. le professeur Gayet, nous adressons nos respectueux hommages pour l'accueil bienveillant qu'il nous a fait durant une suppléance d'interne auprès de lui;

A tous nos maîtres durant notre externat ;

A M. le professeur Maurice Pollosson;

A M. Vincent, agrégé-chirurgien des hôpitaux, qui n'a cessé de nous donner des marques de sa haute bienveillance durant notre passage dans son service ;

A M. Albertin, chirurgien des hôpitaux;

A M. le professeur agrégé Weill qui fut toujours plein d'empressement pour nous,

Nous adressons nos plus vifs remerciements.

Durant notre semestre passé dans le service de M. le professeur Pollosson, M. Tixier fut pour nous d'une amabilité extrême, aussi, qu'il nous soit permis de lui exprimer ici quelle joie nous a fait éprouver sa récente nomination au titre de chirurgien des hôpitaux.

Nous remportons des quelque temps passés auprès de MM. les D^{rs} P. Courmont, Aurand et Nicolas le meilleur souvenir.

Merci à M. le professeur Poncet, à M. le professeur agrégé Gangolphe, des observations qu'ils ont bien voulu nous communiquer.

Merci également à M. le D^r Pétouraud, ancien interne des hôpitaux, de tout l'intérêt qu'il nous a porté durant tout le cours de nos études médicales.

HISTORIQUE

Ce n'est que depuis 1890 que l'étude de l'appendicite tient une grande place dans la littérature médicale. La thèse de Maurin (Paris 1890) vulgarisant en France les travaux des chirurgiens américains, Sands, Fitz, Mac Burney, Bull, Smith, Lewis, Cabot; faisant connaître le rôle pathogène des lésions de l'appendice dans les productions de collections suppurées de la fosse iliaque fut le point de départ de très nombreux travaux, de très nombreuses discussions.

Mieux connue, désormais, dans ses différentes modalités cliniques; mieux étudiée au point de vue de ses lésions, c'est vers ses manifestations à distance que l'appendicite semble attirer de plus en plus l'attention.

Ces complications n'avaient pourtant pas passé inaperçues à l'observation de nos devanciers et en compulsant les travaux anciens on trouve de nombreux cas de suppurations à distance au cours des maladies du cœcum et de l'appendice. Déjà en 1759 Mestivier les avait signalées sans pouvoir toutefois

les rattacher à leur véritable cause. Ce sont surtout les complications du côté du foie et de la veine porte qui sont le plus souvent décrites. Les cas de pylephlébite, d'abcès du foie consécutifs à une appendicite sont très nombreux. On en trouve des cas rapportés dans toutes les publications médicales tant en France qu'à l'étranger. En 1849 c'est Hillairet qui décrit un cas de phlébite suppurée de la veine porte avec inflammation du cœcum, de l'appendice et péritonite purulente.

C'est Buhl en 1854, c'est Traube en 1857 qui rapportent l'un et l'autre un cas de perforation de l'appendice suivi de pylephlébite suppurée et d'abcès du foie. Dix ans plus tard paraît en Allemagne une monographie importante à ce point de vue. L'auteur Pfannkuch, étudiant 112 cas d'autopsie d'appendicite, de typhlite et de pérityphlite, signale :

- 2 cas de perforation de la cavité pleurale droite ;
- 2 cas de perforation du cœcum ;
- 1 cas de perforation du cavum utérin ;
- 1 cas de perforation du colon ascendant ;
- 4 cas de thrombo-phlébites ;
- 3 cas de psoïtis ;
- 2 cas d'abcès du foie ;
- 2 cas de péri-hépatite ;
- 1 cas de pleuro-pneumonie ;
- 1 cas de péricardite ulcéreuse.

C'est le premier travail d'ensemble sur la question. Mais, à cette époque, l'appendicite était encore

trop mal connue, aussi la pathogénie de ces accidents est-elle imparfaitement élucidée.

Pour trouver une étude un peu détaillée, un essai de pathogénie basé sur les idées nouvelles, il nous faut aller jusqu'en 1893, époque à laquelle parut la thèse de Croizat sur la pleurésie droite comme complication de l'appendicite. Mais, dans l'intervalle, la question n'était pas tombée dans l'oubli. En Angleterre, Payne, Legg, Murchison, Southey avaient décrit des cas d'abcès du foie; Church, Robinson, Mac Clelland, Ashby avaient même signalé des cas plus complexes, des cas d'abcès du cerveau, de méningite, de pyohémie. Langheld, Einhorn, Koerte en Allemagne, Sonnenfeld en Autriche avaient également publié des observations.

Enfin en France, Bernheim, Guéneau de Mussy avaient aussi apporté leur part de documents et avec Gendrin, Netter, Thoinot, Souques, Rendu, la question avait été inscrite au programme des discussions dans les différentes sociétés médicales. Ainsi donc au moment où parut la thèse de Croizat les complications de l'appendicite commençaient à être bien connues.

En décrivant ce que plus tard Dieulafoy appellera la pleurésie appendiculaire, Croizat eut le grand mérite de mettre cette question au point en réunissant tout ce qui s'était fait jusqu'à ce jour.

Mais les travaux, les recherches n'en continuèrent pas moins pour cela et Achard, Jorand, Sallet, s'appliquèrent à décrire les complications du côté du foie. En 1895, Berthelin fit pour le foie ce que

Croizat avait fait pour la plèvre. Il fit une étude d'ensemble sur les complications hépatiques, les étudia soigneusement puis essaya d'en dégager la pathogénie et aussi le traitement. En un mot, il décrivit le foie appendiculaire qui sera repris plus tard par Dieulafoy dans ses cliniques.

Jusqu'alors les auteurs s'étaient renfermés presque exclusivement dans l'étude des complications pleurales et hépatiques. Gangolphe et son élève Couraud décrivent la psoïtis appendiculaire. Grandsire et Beresdka les abcès sous-diaphragmatiques.

Il fallait réunir tous ces cas épars, faire en somme une revue générale de toutes les complications d'origine appendiculaire, c'est ce que fit Piard, en 1896. Dans un travail très complet et très documenté sur les *Suppurations à distance dans l'appendicite*, Piard décrit la pylephlébite et les abcès du foie, les suppurations pleuro-pulmonaires, la psoïtis et toutes les localisations les plus éloignées, telles que les abcès du cerveau, du rein, de la rate, du myocarde même. Il fit plus, il montra le trajet suivi par l'infection et sa thèse est restée jusqu'à ce jour le travail le mieux fait sur la question.

Sans parler des travaux de Rioblanco sur l'appendicite compliquée de pleurésie purulente; de Laizé sur les abcès enkystés péritonéaux secondaires dans l'appendicite, nous passerons d'emblée aux cliniques que fit Dieulafoy à l'Hôtel-Dieu en 1897-1898. Le savant clinicien rendit classiques ces questions de complications de l'appendicite. Sans créer le foie appendiculaire, la pleurésie appendiculaire, il eut le

grand mérite de faire considérer désormais ces questions comme des choses définitivement réglées et sur lesquelles il n'y avait plus à revenir.

Dès lors, la question est plus que jamais à l'ordre du jour; elle est étudiée dans toutes les réunions médicales, dans tous les congrès.

A l'étranger, Schulten, Vladoff, Addinsels publient des observations.

En France Poncet et Jaboulay font des rapports à l'Académie de médecine; Barbet étudie l'appendicite avec abcès gauches, Benard les localisations extra-abdominales d'origine appendiculaire.

Enfin tout récemment signalons un travail de Loison sur les suppurations intra et périhépatiques d'origine appendiculaire, un article de Roger revenant à propos d'un cas de Richelot sur les rapports de la psotitis et de l'appendicite et un autre de Dieulafoy revenant à propos des pleurésies ozéneuses sur les pleurésies appendiculaires.

Il semble donc bien d'après tout cet ensemble de travaux qu'il n'est plus guère possible à l'heure actuelle de considérer l'appendicite comme une maladie à manifestation purement locale. Bien au contraire on est forcé d'admettre que c'est un foyer infectieux d'où peuvent partir des métastases secondaires dans des endroits plus ou moins éloignés.

Mais jusqu'à présent ce sont surtout les complications hépatiques, pleurales et musculaires qui ont été les plus étudiées. Mais c'est précisément dans ces cas que la pathogénie se comprend le mieux

car nous avons affaire alors à des lésions de voisinage.

Au contraire, quand il y a abcès du cerveau et méningite (Mac Clelland), parotidites suppurées (West-Robinson), endocardite (Ashby, Tuffier), abcès de la rate (Oppenheimer), du rein (Waller), des capsules surrénales (Addinsels) comment expliquer la propagation de l'infection? Comment expliquer également la phlébite du membre inférieur gauche? Quoique peu signalée la phlébite se rencontre quelquefois à la suite de l'appendicite et, chose curieuse, elle a lieu le plus souvent à gauche; c'est du moins l'opinion de notre Maître M. Villard, celui aussi de Roux de Lausanne. Par contre M. Gangolphe aurait vu la phlébite se produire plusieurs fois à droite et une seule fois à gauche.

Ayant cherché ce qu'on avait dit de cette complication, nous avons été surpris de voir qu'elle était à peine signalée. Nous n'en avons trouvé que quatre cas, un de Roux de Lausanne rapporté par Piard, un de Quénu et deux de Jalaguier cités par Cochet; encore n'est-il fait qu'une simple mention de la phlébite sans aucune explication ni détail.

Ayant pu réunir, grâce à notre Maître M. Villard, quelques cas de phlébite du membre inférieur gauche à la suite de l'appendicite nous avons pensé qu'il serait intéressant de décrire cette phlébite gauche et de l'étudier tant au point de vue de ses caractères et de sa marche qu'au point de vue de sa pathogénie et des considérations cliniques et thérapeutiques auxquelles elle peut donner lieu.

Nous allons donc :

- 1° Décrire la phlébite appendiculaire gauche ;
 - 2° Faire connaître les observations que nous avons pu recueillir concernant notre sujet ;
 - 3° Faire le diagnostic de cette phlébite ;
 - 4° En rechercher la pathogénie ;
 - 5° En montrer le pronostic ;
 - 6° Voir quelle conduite thérapeutique il convient de tenir.
-

LA PHLÉBITE GAUCHE APPENDICULAIRE

C'est, souvent, lorsque la phase véritablement aiguë de l'appendicite est passée, lorsque les troubles du côté de l'abdomen sont presque calmés, qu'apparaît la phlébite gauche appendiculaire. Elle peut apparaître aussi dès le lendemain de l'opération mais alors elle est, comme nous le verrons plus loin, sous la dépendance non pas de l'état actuel, de l'état nouveau créé par l'opération mais bien de l'état antérieur.

Aussi, quand elle apparaît chez les malades nouvellement opérés, l'examen de la plaie démontre qu'il n'y a aucune suppuration et que par conséquent l'état primitif antérieur est seul responsable des accidents qui se produisent.

Cette phlébite a un début quelque peu insidieux ; elle est néanmoins précédée souvent de prodromes consistant en engourdissement du membre inférieur gauche avec sensation douloureuse dans les muscles. Puis, sans qu'on puisse en trouver la cause, la température, qui parfois était revenue à la normale, remonte à 39°. Parfois on constate en outre des trou-

bles généraux, des vomissements, de l'inappétence, de l'abattement. Puis, brusquement, la température s'élève à 40°. Le malade se plaint d'une vive douleur. Cette douleur est le plus souvent continue, gravitative, avec des élancements passagers, intermittents, très aigus.

Les mouvements spontanés ou provoqués sont très pénibles ; aussi le malade garde-t-il une immobilité complète du membre atteint.

La douleur siège sur tout le membre mais offre néanmoins certains points de prédilection ; ils correspondent au trajet de la veine principale et dans le cas qui nous occupe nous avons comme endroits particulièrement sensibles au membre inférieur gauche le mollet, le creux poplité et même le pli inguinal.

Presque en même temps que la douleur apparaît l'œdème. Il commence le plus souvent au niveau du mollet et se propage très rapidement, envahissant ainsi tout le membre inférieur gauche, le dépassant même quelquefois pour aller s'étendre jusque dans la fosse iliaque.

Le membre inférieur gauche est déformé ; il ressemble alors, pour employer la comparaison de Trousseau, à un cône allongé dont la base répondrait à la racine du membre.

C'est un œdème dur, tendu, infiltré ; la peau est blanche, luisante et lisse, de coloration cireuse. Par la pression le doigt ne produit que difficilement le « godet ». Sur cet œdème blanc tranchent avec netteté des arborisations veineuses, de coloration bleuâtre, indice d'une circulation complémentaire. En outre,

à la palpation de la région on sent nettement, à la place d'une veine souple et à peine palpable, un cordon dur et douloureux.

L'évolution de la phlébite gauche appendiculaire a une durée variable mais en général assez longue. Tandis que, pour la phlébite ordinaire, la *phlegmatia alba dolens* des nouvelles accouchées ou des tuberculeuses on s'accorde à assigner une durée moyenne de quatre à cinq semaines, c'est plusieurs mois, quatre, cinq, six mois qu'il faut au malade atteint de phlébite gauche appendiculaire pour être parfaitement guéri. Et encore dans cette variété de phlébite il faut compter avec les complications.

Ces complications sont en effet fréquentes. Très souvent le caillot veineux est fragmenté et entraîné par le courant sanguin dans la circulation générale. Le thrombus devient embolie, comme dit Dieulafoy, et l'embolie va échouer au cœur droit ou traverse ce cœur droit pour arriver dans le poumon. On peut avoir ainsi une embolie cardiaque amenant une syncope mortelle, une embolie pulmonaire provoquant assez rapidement des accès de dyspnée, de la gangrène pulmonaire et des infarctus du poumon, toutes complications rendant le pronostic très sombre, amenant parfois la mort. Nos observations sont là du reste pour le prouver.

OBSERVATIONS

Nos quatre premières observations nous ont été fournies par notre maître, M. Villard, chirurgien en chef des Hôpitaux.

OBSERVATION I

M. X..., âgé de vingt-six ans. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

Bonne santé habituelle. Au mois de janvier dernier le malade a présenté pendant trois jours des douleurs abdominales très vives accompagnées de vomissements et de symptômes permettant de supposer qu'il s'est agi d'une attaque d'appendicite. De vives douleurs ont réapparu le 18 avril avec les mêmes caractères de violence et de localisation dans la fosse iliaque droite.

Constipation.

Pas de vomissements.

20 avril. — La température oscille entre 39° et 40°, le ventre est ballonné, douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite et en un point symétrique dans la fosse iliaque gauche.

Le météorisme s'oppose à toute sensation nette. Le toucher rectal ne décèle rien d'anormal.

Opium à l'intérieur et glace sur le ventre. Le pouls oscille entre 90 et 100.

21. — La température baisse et reste entre 38° et 39°.

22. — Elle est à 37°,5, mais le malade souffre toujours et a brusquement des vomissements verdâtres abondants; cependant la température reste stationnaire et la fréquence du pouls ne s'accroît pas.

Les jours suivants tout symptôme alarmant a disparu et le 26 la température était normale depuis quatre jours et le malade désirant éviter le plus rapidement possible le retour d'accidents semblables est opéré par M. Villard.

L'appendice est trouvé aisément et libéré sans peine de quelques adhérences molles. On le résèque et on enfouit son moignon dans la paroi cœcale. Suture à trois plans. Petit drain à la partie inférieure de la plaie.

Après l'opération, sans que l'état de l'abdomen offre rien de particulier, on voit la température s'élever régulièrement et atteindre 39° le 28 au soir. En même temps le malade, qui s'était déjà plaint de douleurs dans le membre inférieur gauche le lendemain de l'intervention, accusait au niveau du mollet une sensation douloureuse de plus en plus intense. La jambe était à ce moment de volume normal sans trace d'œdème, offrant un certain degré d'engourdissement et une douleur nette à la pression au niveau des muscles jumeaux. Le 2 au soir, brusquement, sans cause appréciable, le malade est pris d'une crise de dyspnée intense s'accompagnant de tachycardie. Le pouls atteint 140, la face est pâle et couverte de sueurs. L'interprétation immédiate de ces accidents n'est pas donnée, on défait le pansement et l'on peut constater l'intégrité absolue de la plaie et l'absence de toute réaction péritonéale. Un point de suture est enlevé par surcroît de précaution; on trouve à son niveau les tissus absolument normaux. Le 29, une petite hémorragie s'est produite au niveau du point de suture enlevé; la température atteint presque 40°, mais alors l'explication en est donnée par l'apparition d'une phlébite manifeste du

membre inférieur gauche. Le mollet est volumineux et douloureux, il existe de l'œdème sur la face antérieure du tibia. La dyspnée a diminué, mais le malade tousse fréquemment, il expectore de petits crachats hémoptoïques et se plaint d'une odeur fade avec un goût de sang dans la bouche.

L'auscultation et la percussion du poumon restent absolument négatives ; il est naturel de penser qu'une embolie pulmonaire s'accompagnant d'infractus s'est détachée du caillot de la veine fémorale et a été la cause de tous les accidents. Les jours suivant, la température s'abaisse progressivement, le pouls se rapproche de la normale après être resté plusieurs jours autour de 110 à 120. La toux reste fréquente, mais les crachats prennent une teinte de plus en plus foncée et contiennent en tout cas moins de sang. Du côté du membre inférieur, la phlébite a atteint son complet développement : l'œdème s'étend jusqu'à la racine de la cuisse et une circulation complémentaire superficielle dessine les réseaux cutanés du membre inférieur et même de la fosse iliaque.

Cet état a persisté jusqu'au 15 mai, époque à laquelle le membre a commencé de diminuer de volume en même temps que la température restait normale s'élevant de temps en temps au-dessus de 38°. Cependant la toux ne s'amendait pas, l'expectoration était devenue purulente et l'état général restait plutôt mauvais. L'auscultation maintes fois pratiquée avait été négative, lorsque vers la fin du mois de mai elle permit de découvrir à la partie moyenne du poumon gauche, en arrière, une zone de matité de deux travers de doigts environ au niveau de laquelle les vibrations étaient complètement abolies. La pectoriloquie et l'œgophonie étaient très nettes. Le malade fut examiné à ce moment par M. le professeur agrégé Paviot qui porta le diagnostic de pleurésie interlobaire séreuse et conseilla l'abstention opératoire momentanée. Peu à peu en effet l'état général s'améliora, la toux devint moins fréquente et le 8 juin un nouvel examen montra qu'il ne restait presque plus rien des signes précédemment constatés. Le malade fut envoyé à la campagne et malgré le rétablissement progressif de ses fonctions physiques

et une augmentation de poids très nette, deux incidents survinrent témoignant de la réalité du diagnostic porté.

A deux reprises en effet, à la suite de quintes de toux plus violentes, ce jeune homme cracha des morceaux assez volumineux de tissu pulmonaire nécrosé, rejetés ainsi par son infractus par les voies naturelles. Cette élimination des tissus sphacelés s'accompagna de signes stéthoscopiques simulant la formation de cavernules pulmonaires à tel point que le diagnostic de tuberculose put être porté par un médecin mal renseigné sur l'histoire pathologique présentée antérieurement. Actuellement ce malade est complètement guéri et les signes stéthoscopiques pulmonaires ont disparu.

OBSERVATION II

Le nommé P..., vingt et un ans, d'origine corse, entré à l'hôpital de la Croix-Rousse pour des accidents abdominaux. Le malade a l'intelligence très peu développée et son interrogatoire est rendu en outre particulièrement difficile par le patois corse dont il se sert.

Son affection remonterait à un mois, époque à laquelle il aurait ressenti de vives douleurs dans l'abdomen s'accompagnant de quelques vomissements mais surtout d'une constipation opiniâtre et de météorisme. Il aurait été soumis à un traitement médical consistant en applications de cataplasmes et ingestion de cachets de sulfate de quinine.

Depuis le début de sa maladie, sans que les phénomènes douloureux se soient montrés de nouveau aigus, le malade a vu ses forces diminuer et est tombé dans un état de prostration dont il est difficile de le sortir.

A son entrée, ce jeune homme est amaigri, les traits sont tirés, les yeux excavés ; il appelle de suite l'attention sur son abdomen qui est considérablement distendu et dont la peau est sillonnée de veines bleuâtres.

Il accuse quelques vomissements et un arrêt complet des matières et des gaz depuis quelques jours. La langue est saburrale, la température oscille autour de 38°, le pouls est à 110. La palpation du ventre ne permet de reconnaître aucune localisation, la paroi abdominale est tendue, résistante, et la pression à son niveau ne décèle en aucun point de douleur élective. Il s'agit d'une sensibilité générale atténuée. La palpation minutieuse de la fosse iliaque ne donne aucune indication. Le toucher rectal ne révèle ni douleur ni tuméfaction. Rien aux plèvres ni aux poumons. Les urines sont rares, colorées, sans albumine. On songe à la possibilité d'une appendicite mais devant l'incertitude du diagnostic on observe l'expectative en cherchant à évacuer l'intestin par des lavements.

Le 22 avril le malade va à la selle au moyen de lavements, il continue pourtant à vomir et l'abdomen reste aussi météorisé que les premiers jours.

La fièvre s'est accrue, la température oscille entre 37° et 39°, il est vraisemblable que le malade offre quelque part un point de suppuration et pourtant un examen minutieux de tous les organes et le toucher rectal presque quotidiennement pratiqué ne révèle aucune localisation.

Le malade est dans un état typhique qui pourrait faire songer à la dothiéntérie n'étaient les écarts de température.

28 avril. — Devant la persistance des oscillations thermiques dont les maxima atteignent 40° une laparotomie exploratrice allait être pratiquée, lorsque un phénomène nouveau est apparu mettant le diagnostic d'appendicite en suspens. Depuis deux jours une phlébite totale du membre inférieur gauche s'est déclarée. Il existe un peu d'œdème de la fosse iliaque gauche et du tissu cellulaire de la région lombaire. On songe à l'évolution possible d'une suppuration périnéphrétique. Devant la difficulté d'indication opératoire l'intervention est reculée de quelques jours.

4^{er} mai. — La possibilité d'une appendicite à évolution pelvienne faisant toujours surveiller le petit bassin on arrive à

percevoir d'une façon obtuse un empâtement du cul-de-sac de Douglas.

Une intervention est de suite décidée et sans anesthésie la palpation bimanuelle permet de sentir, malgré le météorisme, une masse indurée constituée certainement par un abcès. Étant donnée la difficulté d'aborder cette collection par la voie inférieure, on décide de pratiquer une laparotomie sus-ombilicale. Celle-ci permet d'atteindre un abcès enkysté pelvien contenant 100 grammes de pus. Cet abcès, à odeur extrêmement fétide, contient des boulettes stercorales, indice de son origine appendiculaire.

Vu la profondeur des lésions et la difficulté de protection des anses intestinales saines, après quelques tentatives infructueuses, la recherche de l'appendice est abandonnée.

Drainage.

4 mai. — Le malade est dans un état général satisfaisant. Les oscillations thermiques ont cessé et la température se rapproche de la normale.

Plus de vomissements du tout. Selles régulières. Le météorisme a à peu près complètement disparu.

10 mai. — L'état général continue à s'améliorer. Le drainage de la poche purulente s'effectue régulièrement.

15 juin. — L'état général qui s'était amélioré à la suite de l'intervention et de l'ouverture du foyer purulent pelvien tend de nouveau à redevenir mauvais. Le malade s'amàigrit. Il présente des oscillations thermiques marquées. Pourtant l'évacuation du foyer péritonéal se fait régulièrement. La suppuration est abondante.

15 juillet. — L'affaiblissement s'accroît. Le malade présente des signes d'insuffisance rénale. Il a de l'œdème malléolaire, souvent de la bouffissure de la face.

1^{er} septembre. — Depuis quelque temps sont apparus des phénomènes pulmonaires. Le malade tousse, il offre une expectoration purulente. Les oscillations de la température persistent.

L'œdème des membres inférieurs remonte jusqu'en haut de la cuisse et est devenu permanent.

20 septembre. — Le malade succombe dans un état de cachexie avancée.

L'autopsie, malheureusement faite très incomplètement, montre aux poumons l'évolution d'une tuberculose récente à marche aiguë.

OBSERVATION III (résumée)

Due à l'obligeance de M. le professeur TEISSIER
et de M. NOVÉ-JOSSERAND, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

M. X..., trente-huit ans. Bonne santé habituelle. Rien de particulier dans les antécédents. Le malade n'a jamais présenté de troubles intestinaux et n'a pas de varices.

Il est pris en janvier 1896 d'une poussée d'appendicite typique. Au huitième jour les phénomènes abdominaux et la température persistent et dans le flanc droit on sent nettement une collection remarquable par son siège. Au lieu d'occuper nettement la fosse iliaque droite, cette collection, qui est très facilement perceptible et délimitable, siège plus haut et un peu plus en dehors, tout près de la crête iliaque. L'intervention pratiquée en ce moment, au neuvième jour, consista dans l'ouverture du péritoine qui au-devant du cœcum était libre d'adhérences et sain. Après que la cavité eut été isolée par un tamponnement, le cœcum fut relevé et en décollant les adhérences à partir de sa base, on ouvrit avec le doigt une collection rétro-cœcale qui pouvait avoir le volume d'une grosse mandarine. L'appendice, en grande partie sphacélé, fut trouvé et réséqué. On établit un drainage. En somme l'opération fut des plus simples.

A la suite de l'opération, la température tomba et tout se passait normalement au niveau de la plaie, quand vers le onzième jour survint une poussée thermique accompagnée de

douleur dans le membre inférieur gauche. En quelques jours celui-ci présenta les signes complets d'une phlébite dont l'œdème progressivement envahissant gagna bientôt la racine de la cuisse. L'évolution de la plaie opératoire n'en fut pas troublée et après une courte suppuration elle ne tarda pas à se fermer. Au contraire, les phénomènes dus à la thrombose persistèrent pendant longtemps et trois ou quatre mois après l'appendicectomie, le malade avait encore de l'œdème de la jambe gauche et ne pouvait se livrer à ses occupations. Cependant, à aucun moment, il n'y eut de complications du côté de l'appareil respiratoire. Ce ne fut guère qu'au bout de six mois environ que le malade put reprendre son train de vie ordinaire.

Depuis lors la guérison s'est maintenue parfaite.

OBSERVATION IV

Communiquée par M. le professeur PONCET.

Marie-Louise, quarante-huit ans, n'a dans ses antécédents héréditaires rien à signaler. Dans ses antécédents personnels on note une crise de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de vingt-six ans.

Depuis plusieurs années, la malade a ressenti de temps à autre dans la fosse iliaque droite des douleurs parfois accompagnées de vomissements. Ces crises du reste disparaissaient en quelques jours.

La dernière est survenue à la fin de l'année 1899 et s'est présentée avec des caractères analogues aux précédentes.

44 mars 1900. — La malade, après son déjeuner, fut prise dans la région abdominale droite de coliques accompagnées de nausées et de vomissements qui l'obligèrent à s'aliter.

Contrairement à ce qui se passait habituellement, ces phénomènes ne s'amendant pas la malade entre le 49 mars à la Clinique de M. le professeur Poncet.

A son entrée, on constate que la région de la fosse iliaque droite est douloureuse à la pression, les muscles de la paroi se détendent et il est difficile de se rendre un compte exact de l'état des parties profondes. On perçoit néanmoins un peu d'empatement dans la région douloureuse.

Les vomissements ont cessé, l'état général est bon. Aucun symptôme péritonéal.

Le lendemain, sous l'influence du repos et de la glace, la douleur a beaucoup diminué et la contracture de la paroi ayant un peu cédé, on sent plus nettement le plastron à peine perçu la veille.

L'état général étant bon et la température peu élevée, on se décide à attendre pour intervenir à froid.

Cette opération est pratiquée le 10 avril par M. le professeur agrégé Bérard. Une incision iliaque découvre le cœcum qui est en position élevée. L'appendice est très difficile à trouver. Il remonte sur le côté droit du gros intestin, il est très long, inclus dans des adhérences et coiffé à son extrémité d'un paquet épiploïque auquel était due sans doute la sensation de plastron perçue à l'entrée de la malade.

L'appendice est décortiqué, lié et réséqué; son moignon est enfoui sous le péritoine par quelques points à la Lembert.

Drainage et pansement.

Les suites opératoires ont été normales, mais environ huit jours après l'intervention la malade a ressenti quelques douleurs dans la jambe gauche en même temps qu'apparaissait à ce niveau un œdème blanc, mou, qui ne tardait pas à envahir la racine de la cuisse. Le 26 avril environ apparaissaient au membre inférieur droit des phénomènes analogues indiquant l'envahissement de l'éperon des veines iliaques primitives par le caillot primitivement localisé dans la veine iliaque gauche.

A partir de ce moment l'état général de la malade périclita. Bientôt apparurent des escarres fessières bilatérales et la température, qui avait jusque-là oscillé entre 38° et 38°6, s'éleva rapidement.

Cependant la plaie abdominale avait évolué d'une façon normale et le 15 mai elle était presque cicatrisée.

Malgré des pansements fréquents les escarres fessières s'approfondirent, l'état infectieux s'aggrava, des troubles gastriques et des vomissements survinrent et la malade fut emportée mourante chez elle le 31 mai. Elle succomba quelques jours après.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. PATEL, interne des hôpitaux.

C. C..., âgée de quarante-neuf ans, entre le 24 juin à la salle Sainte-Clotilde, dans le service de M. le professeur agrégé Roque.

Son père est mort à la suite d'un coup de froid ; sa mère, rhumatisante, est morte de vieillesse. S'est mariée, a eu quatre enfants : deux sont bien portants et un est mort en bas âge. Elle a eu une fausse couche il y a vingt-cinq ans.

Personnellement elle a été réglée à treize ans. Les règles ont cessé il y a six mois. Elles étaient régulières sauf les derniers temps avant la ménopause.

La malade n'a jamais fait de maladies antérieures graves. Elle eut, il y a une vingtaine d'années, trois couches très rapprochées qui la laissèrent très faible pendant longtemps. Elle n'a jamais eu de rhumatisme, n'a jamais toussé. On ne trouve aucune habitude d'alcoolisme, ni aucune trace de syphilis.

Trois mois avant la ménopause, c'est-à-dire il y a neuf mois, elle remarqua que son ventre augmentait de volume. Mais comme elle grossissait en même temps, elle n'y prêta pas attention. Cet état persista sans amener de phénomènes graves, nécessitant cependant un repos complet.

Il y a six semaines la malade ressentit brusquement, au milieu de la nuit, une douleur vive dans la fosse iliaque droite. La malade dut s'aliter. Elle n'avait pas de vomissements et

présenta quelques jours après de la diarrhée. Un médecin appelé diagnostiqua une appendicite et fit mettre de la glace sur le ventre. La malade se souvient très bien avoir senti une tuméfaction allongée dans la fosse iliaque droite qui diminuait de jour en jour.

La douleur cessa au bout de dix-huit jours. La diarrhée s'était arrêtée. L'état général s'améliorait : la malade mangeait et quoique un peu faible elle avait repris son travail, quand il y a douze jours la malade ressentit une vive douleur dans le membre inférieur gauche.

Déjà, lors de son atteinte d'appendicite elle avait perçu des fourmillements dans le membre inférieur. Toute la jambe gauche enfla, le pied devint lourd et la marche devint impossible. Un peu de fièvre survint le soir, la malade est faible et a maigri un peu.

A son entrée à l'hôpital l'examen de cette femme révèle un peu d'anorexie, mais elle ne ressent habituellement aucune douleur dans le ventre et elle ne vomit pas. Les selles sont régulières avec des lavements. De temps en temps elle a des douleurs dans le côté droit.

Les règles sont arrêtées, elle n'a pas de pertes. Les mictions sont normales, non douloureuses.

A l'examen du membre inférieur gauche on constate un œdème assez dur, assez tendu remontant un peu au-dessus du genou. Des vésicules se dessinent à la surface. La malade accuse des douleurs à la face interne de la cuisse. La palpation même légère au niveau de l'anneau crural est douloureuse.

Du côté de l'abdomen on n'observe pas d'augmentation de volume. La palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse et décèle à ce niveau un vaste plastron quadrangulaire sans limites précises. La paroi est épaissie, le tissu cellulaire est infiltré.

On n'observe ni ganglions inguinaux ni ganglions iliaques.

Rien au cœur. Les bruits sont normaux et réguliers.

A l'auscultation on ne trouve aucun signe pulmonaire.

On remarque un tremblement très notable du membre supérieur, total et partiel à la fois.

Pas de tremblement de la langue ni des paupières.

La sensibilité est intacte des deux côtés. Les réflexes pharyngiens et les réflexes cornéens sont conservés, pas de stigmates hystériques.

Dans les urines il n'y a pas d'albumine.

La température est de 38°7-37°8.

6 juillet. — L'état général est assez bon. L'œdème des membres inférieurs a sensiblement diminué. La palpation révèle, dans la fosse iliaque droite, une masse étalée, dure, profonde, avec épaissement de la paroi. Elle semble occuper les deux tiers de la fosse iliaque.

A ce moment la malade part de l'hôpital.

OBSERVATION VI

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé GANGOLPHE

Le malade est un homme de trente-cinq ans qui souffrait depuis longtemps d'une dilatation d'estomac et avait eu à trois reprises différentes des poussées d'appendicite désignées sous le nom d'indigestions.

La première remontait à deux ans et demi, la dernière à six mois.

Vers le 20 novembre 1899, il fut pris de douleurs, de coliques, de vomissements; la douleur était sentie dans tout l'abdomen, mais plus marquée dans le flanc droit.

La température était de 39°.

Le pouls était rapide, mauvais.

L'état général était bas; le malade avait le facies péritonéal.

M. M. Gangolphe est appelé en consultation quarante-huit heures après le début des accidents. La température est à 38°; le pouls bat à 100; le ventre est douloureux partout. Les urines sont très rares, de coloration rouge acajou.

Les vomissements sont constants. Par le toucher rectal on constate que le péritoine pelvien est très douloureux.

Le malade a une teinte subictérique légère; son état paraît très grave.

M. Gangolphe propose l'opération immédiate, elle est acceptée et faite trois heures plus tard.

Incision iliaque droite, classique, issue d'une sérosité purulente non enkystée avec quelques néo-membranes.

Gros intestin très rouge. Les anses grêles sont réunies par un exsudat fibrineux. On décolle un peu en arrière pour découvrir l'appendice qui ne se présente pas à la vue et aussi pour pouvoir drainer en arrière du cæcum. L'index droit plongé également dans le bassin donne issue à une nouvelle quantité de liquide séro-purulent, sans toutefois que l'on puisse découvrir l'appendice. On n'insiste pas pour ne pas détruire les adhérences de voisinage. Pouvant limiter l'infection, on termine l'opération en drainant la région rétro-cœcale au moyen d'un long drain, et le bassin au moyen de deux drains accolés en canon de fusil; une mèche de gaze iodoformée complète tout cela.

Le lendemain, amélioration notable. Arrêt des vomissements, chute de la température. Le malade peut boire du lait additionné de café, thé, etc.

Du côté de la plaie, suintement assez abondant. Le pansement est renouvelé quarante-huit heures plus tard. Déjà à ce moment le malade a fait des gaz, a uriné spontanément. Dans les urines on constate un peu d'albumine.

La convalescence suivait son cours lorsque quinze jours après le malade ressentit une violente douleur dans le côté droit avec gêne respiratoire.

En même temps on constata une élévation thermique; le thermomètre monta au voisinage de 39°. L'auscultation et l'examen révélèrent une pleuro-pneumonie droite. Rien à gauche.

Ce n'est qu'au bout de quinze jours que disparurent ces phénomènes pleuro-pulmonaires. A ce moment la température redevient normale. Dans l'intervalle les drains avaient été progressivement retirés, trente jours après l'opération la plaie était fermée.

De retour chez lui le malade se plaignit de douleurs vagues, de crampes dans les mollets.

L'examen permet de constater deux cordons indurés répondant aux veines saphènes externes ; facilement perceptibles les cordons venaient aboutir au creux poplité où on les perdait. Ils dessinaient exactement le trajet des veines saphènes externes.

On ne constata pas d'œdème des pieds ni des malléoles. Rien non plus du côté des saphènes internes.

Le malade fut mis au repos absolu au lit ; on entoura les membres inférieurs d'un enveloppement ouaté.

Ce n'est qu'au bout d'un mois que toute trace de phlébite avait disparu.

Depuis le malade a toujours joui d'une santé parfaite.

DIAGNOSTIC

Pour faire un diagnostic complet, il faut nous poser les trois questions suivantes :

- 1° Y a-t-il phlébite?
- 2° A quelle variété de phlébite avons-nous affaire?
- 3° De ce que la phlébite est à gauche peut-on en tirer des conclusions pour une lésion siégeant à gauche?

1° Le diagnostic de la phlébite est facile. Lorsqu'on trouvera réunis ces trois symptômes, douleur, œdème, cordon veineux, on ne pourra avoir d'hésitation. Et cela surtout parce que cette douleur a un caractère particulier, parce qu'elle est nettement localisée avec irradiations toutes spéciales, parce que l'œdème est un œdème qui ne ressemble ni à celui des cachectiques ni à celui des brightiques ou des cardiaques. Ces derniers, en effet, sont bilatéraux et symétriques ; en outre, ce sont des œdèmes mous, gardant bien l'empreinte du doigt, disparaissant ou

tout au moins diminuant par le repos horizontal au lit pour réapparaître après la marche ou une fatigue.

En outre, quand on sent à la palpation un cordon veineux dur, on a pour ainsi dire la lésion elle-même en main.

Mais faire le diagnostic de phlébite n'est pas suffisant, il faut aller plus loin et faire le diagnostic de la variété.

2° C'est par l'interrogatoire du malade, par un examen attentif qu'on arrivera à poser un diagnostic exact.

L'interrogatoire fera connaître l'existence de maladies antérieures, telles que fièvre typhoïde, grippe, pneumonie, érysipèle, rhumatisme, blennorrhagie. Il révélera aussi un accouchement récent.

Par l'examen on trouvera une tuberculose, une chlorose, un néoplasme qui avait passé jusque là inaperçu et que la phlébite vient subitement révéler, tel le cas de Trousseau.

Mais, dans l'examen, il est de toute nécessité de pratiquer les touchers vaginal et rectal. Un malade a pu avoir une poussée très légère d'appendicite ; le pus peut avoir fusé dans le petit bassin sans amener une grande réaction péritonéale, par conséquent, d'après MM. Tripier et Paviot, sans grande douleur. C'est alors que le toucher révélera un empâtement, une masse fluctuante, indice d'un abcès. Par ce moyen on peut peut-être arriver à dépister ces appendicites latentes dont parle Grandmaison dans un article récent. — Mais, de ce que la phlébite a lieu à gauche

il ne faut pas conclure à une appendicite anormale, pelvienne par exemple.

3° Il faut toujours avoir présent à l'esprit que la phlébite d'origine appendiculaire ne diffère pas de la phlébite de cause générale ; par conséquent, comme cette dernière, qu'elle a lieu le plus souvent à gauche. Grâce à cette notion on ne sera pas tenté d'attacher une trop grande importance à la localisation de la lésion veineuse et de ce que la phlébite est à gauche de tirer des conclusions pour une lésion siégeant également de ce côté.

Notre observation II est, du reste, très instructive à ce point de vue. Notre malade, en effet, entre à l'hôpital dans un état de torpeur intellectuelle tel qu'il enlève toute valeur à l'interrogatoire. Ce qu'il y a de plus net, c'est qu'il se présente avec un état général mauvais, une température élevée, un pouls rapide. Il se plaint de son abdomen qui est tendu, résistant mais au niveau duquel la palpation et la pression ne révèlent rien. Dans la fosse iliaque, pas d'empâtement, au toucher rectal on ne découvre rien. L'examen des organes reste négatif, la température, restant toujours élevée, indique que le malade fait du pus quelque part. On pense à une appendicite. Mais on temporise, on attend d'avoir un diagnostic ferme pour opérer, c'est alors qu'apparaît une phlébite gauche. A ce moment on est tenté d'abandonner le diagnostic d'appendicite pour se lancer à la recherche d'une lésion, d'un abcès qui siègerait à gauche. Le toucher rectal vint mettre fin à ces incertitudes et montrer qu'on avait bien affaire à une lésion

d'origine appendiculaire. L'opération montra en outre que l'appendice était bien à sa place normale, c'est-à-dire dans la fosse iliaque droite. Donc quand bien même la phlébite siège à gauche, penser toujours à l'appendicite.

Le diagnostic une fois posé il faut nous demander d'où vient cette localisation de la phlébite à gauche et comment on peut l'expliquer ? c'est ce qui ferait le sujet de notre pathogénie.

PATHOGÉNIE

Tout d'abord, nous devons nous demander d'où vient cette localisation de la phlébite à gauche ? Le thrombus au voisinage des foyers purulents est un phénomène banal et la constatation d'une phlébite droite au cours de l'appendicite nous paraîtrait toute naturelle.

Elle ne serait que la reproduction de ce qui se passe du côté du foie, de la plèvre, du psoas. Or, contrairement à ce qu'on pourrait attendre, la phlébite droite semble plus rare que la gauche, et, à part quelques cas signalés par M. le professeur agrégé Gangolphe (communication orale), d'autres signalés par Roux de Lausanne, nous n'avons trouvé la phlébite droite relatée nulle part ; encore Roux reconnaît-il la plus grande fréquence de la phlébite gauche. Cette constatation doit donc nous faire rejeter tout de suite l'idée d'une phlébite par contiguïté avec une collection suppurée. hypothèse qui vient tout d'abord à l'esprit.

On peut penser alors qu'il s'agit de ces ectopies appendiculaires dans lesquelles l'appendice a été

retrouvé jusque dans la fosse iliaque gauche. Témoin le cas rapporté récemment par M. le professeur Fochier (Société de chirurgie de Lyon, 1900) ou un appendice, démesurement long, suivait le détroit supérieur en arrière pour venir aboutir dans la fosse iliaque gauche en croisant les vaisseaux iliaques. Mais alors la phlébite serait la règle dans les appendicites à gauche, dans les sigmoïdites. Pourtant, tous les auteurs qui s'en sont occupés ne l'ont jamais signalée. Aroud dans sa thèse sur l'appendicite à gauche n'en cite point. Et puis, du reste, dans les cas qui font l'objet de nos observations, l'intervention a toujours montré la situation normale de l'appendice.

On a cru voir dans des altérations inflammatoires de la veine mésentérique inférieure et à cause de sa contiguité avec la veine iliaque gauche une cause de thrombose de celle-ci. Mais alors l'inflammation appendiculaire se serait propagée au colon pelvien, et toujours cette partie du gros intestin a été trouvée indemne.

On a cherché enfin des raisons anatomiques ; on a parlé de circulation anormalement ralentie, de longueur plus grande du trajet suivi par le sang.

Quoi qu'il en soit de toutes ces hypothèses, c'est un fait clinique bien établi que la phlébite se produit le plus souvent à gauche. Cette phlébite gauche ne peut s'expliquer par une infection de voisinage, force est donc de l'attribuer à une infection générale, à une pyohémie.

Mais, nous faisons de cette pyohémie une consé-

quence de l'abcès appendiculaire et non une conséquence d'une infection générale dont l'appendicite ne serait qu'une localisation.

En effet, depuis longtemps déjà, on a voulu faire de l'appendicite une maladie infectieuse et épidémique. On a incriminé successivement une disposition anatomique congénitale du vermis (Poirier), une prédisposition familiale (Faisans, Talamon, Rendu), une constitution épidémique (Golubow), une lithiasie appendiculaire (Mathieu), la gastrite parenchymateuse (Hayem), la coprostase et l'hyperesthésie gastrique (A. Robin), l'entéro-colite (Reclus), la grippe (Faisans), la localisation appendiculaire d'une maladie générale (Jalaguier, Sahli, Tripier et Paviot).

Merklen, entre autres, a rapporté des cas d'appendicites précédés ou accompagnés de phénomènes généraux et de manifestations catarrhales de la grippe.

S'appuyant sur les observations de certains auteurs et de Golubow en particulier, qui avaient insisté sur les rapports de cette affection avec les maladies générales, grippe, fièvres éruptives, fièvre typhoïde, Merklen fit entrevoir la possibilité d'une appendicite grippale. Cette théorie fit fortune et en mars 1899, à la Société médicale des Hôpitaux, Faisans pose en principe que la grippe est la cause principale presque unique de l'appendicite. Certes, pour lui il existe bien des appendicites typhoïdes, varioliques, morbillieuses, ourliennes, tuberculeuses, et peut-être des appendicites rhumatismales, il existe même des appendicites par corps étrangers, mais toutes ces

appendicites mises ensemble constituent l'infime exception en regard de l'appendicite grippale qui est la règle.

C'était aller un peu loin. En effet, en lisant le travail de Golubow, on s'aperçoit que les théories de ce dernier sur l'origine infectieuse de l'appendicite sont loin d'être probantes et qu'il est impossible de regarder l'inflammation appendiculaire comme une maladie infectieuse essentielle, analogue, comme dit l'auteur, à la dysenterie et à l'angine folliculaire et épidémique. Golubow base son opinion sur les faits suivants : il a traité, il y a quelques années, deux frères atteints simultanément d'appendicite, d'où contagion probable. D'autre part, au cours de l'été et de l'automne, il a constaté un nombre de cas d'appendicite dix fois plus grand que celui qu'il a pu observer pendant les dix dernières années. De la même façon, un chirurgien de Moscou a soigné, en février et en mars, dix cas d'appendicite, chiffre de beaucoup supérieur à la moyenne ; un autre médecin de Moscou avait fait la même observation et deux des malades qu'il eut à traiter habitaient la même rue ; enfin un dernier médecin eut à donner des soins dans un pensionnat, à sept enfants atteints d'appendicite. Ces faits ont-ils la valeur d'argument positif en faveur d'une origine infectieuse de l'appendicite et permettent-ils de regarder cette affection comme une maladie générale idiopathique ? Nous ne le pensons pas ; l'appendicite est vue partout aujourd'hui, parce que c'est une affection bien connue et bien décrite depuis quelques années et si le nombre des cas

signalés par Golubow s'est accru d'une façon si considérable, c'est qu'en réalité l'appendicite est une maladie commune et rencontrée plus fréquemment qu'autrefois, parce qu'elle est recherchée davantage. Sans doute, on peut nous objecter que Gouget a déterminé chez des lapins, par injection sous-cutanée d'urine septique, une pyohémie à localisation sur les organes lymphoïdes et en particulier sur l'appendice vermiforme.

Sans doute, également, on peut relever dans les antécédents des appendiculaires une affection antérieure, la grippe par exemple, mais ces malades sont relativement rares. Nombreux au contraire sont ceux chez lesquels on ne relève aucun antécédent pouvant expliquer l'apparition brusque de l'appendicite les surprenant ainsi au milieu d'une santé parfaite.

Enfin il est difficile d'admettre que les lésions de l'appendice cœcal seraient secondaires à une maladie générale infectieuse primitive, qui se localiserait uniquement dans cet organe et ne manifesterait pas son existence en frappant également les organes habituellement touchés par l'infection, tels que le foie, le poumon, la rate.

En somme, faut-il dire, avec MM. Tripier et Paviot, que « l'infection qui a pénétré d'une manière quelconque dans le torrent circulatoire est générale » ? Nous ne le pensons pas, et les observations que nous avons pu recueillir ne sont pas en faveur de cette théorie. Si nous avons affaire à une maladie générale d'emblée notre phlébite apparaîtrait en même temps que la localisation appendiculaire. Or, c'est

toujours tardivement que la thrombose est apparue alors que depuis longtemps le foyer purulent appendiculaire ou les lésions pariétales étaient en évolution.

De tout ceci il semble résulter que la phlébite gauche appendiculaire est une manifestation d'une pyohémie mais d'une pyohémie consécutive à l'abcès appendiculaire, septicémie localisée.

Comment se produit cette pyohémie ? quel trajet suit l'infection dans le cas particulier de phlébite ? telle est la question que nous allons essayer maintenant d'éclaircir.

D'après des auteurs qui se sont occupés de ces transports à distance dans l'appendicite, Piard, Benard, Loison, l'infection se propagerait par trois voies différentes :

- 1° Par les veines ;
- 2° Par le tissu cellulaire rétro-péritonéal ;
- 3° Par les vaisseaux lymphatiques.

La voie veineuse est la grande voie par laquelle arrivent au foie les germes de l'infection et les poisons de l'intoxication provenant du tractus intestinal. Or, nous savons, et Werigo l'a démontré, que le foie est l'organe phagocytaire par excellence. Le parenchyme hépatique joue vis-à-vis de l'organisme un rôle protecteur non seulement dans la destruction des toxines mais aussi dans l'arrêt des microbes. Dans la majorité des cas le foie arrête l'infection, il concentre sur lui pour ainsi dire tout l'effort des germes pathogènes. De là, la grande fréquence des complications hépatiques d'origine appendiculaire. Quelquefois mais très rarement le

foie ne résiste pas ou bien est vaincu dans sa résistance. Versé par les veines sus-hépatiques dans la veine cave inférieure et le cœur droit l'agent microbien ne rencontre plus alors que le poumon qui puisse lui opposer une barrière efficace et souvent fragile contre l'envahissement de la circulation artérielle et par elle de toute l'économie.

L'infection peut se propager encore par le tissu cellulaire rétro-péritonéal. Ce tissu cellulaire, nous dit Benard, a été considéré par Duddenhauzer et Wolbrecht comme un canal reliant l'appendice à la plèvre en passant derrière le foie. Situé entre le côlon ascendant et la paroi abdominale postérieure, il est en continuité avec la capsule adipeuse du rein. Cette capsule est placée immédiatement au-dessous de l'hiatus costo-lombaire, ouverture percée dans l'épaisseur du diaphragme faisant communiquer le tissu pleural avec le tissu sous-pleural. Le pus fuse ainsi en évitant le foie, peut se répandre dans le poumon et de là aller produire des métastases lointaines, des phlébites gauches par exemple.

Mais, sont-ce bien là des lésions à distance et ne semble-t-il pas plus rationnel d'admettre que dans ce cas, l'infection de la plèvre et du poumon n'est qu'une infection de voisinage? Le pus, s'étalant, va se mettre en contact direct avec le tissu sous-pleural et produire ainsi une infection par continuité.

Il ne nous reste plus maintenant que la voie lymphatique. Par les chylifères, les agents microbiens parviennent à la citerne de Pecquet, remontent dans le canal thoracique et sont déversés ainsi dans la

circulation générale. Mais alors nous trouverions des lésions dans le système lymphatique et en particulier le long du canal thoracique. Le pus ne peut circuler dans un réseau aussi sensible que le réseau lymphatique, sans l'adultérer, sans laisser trace de son passage, en un mot, sans déterminer une réaction quelconque.

Force est donc d'admettre une infection sanguine, une pyohémie. Étant donné le grand nombre de vaisseaux reliant l'appendice au cœcum ; étant donnée la grande activité de cette circulation sanguine, on comprend facilement qu'une pyohémie puisse se produire et alors causer une thrombose du membre inférieur gauche. Et ce qui est encore en faveur de cette hypothèse c'est la gravité apportée par l'existence de cette complication.

PRONOSTIC

Le pronostic de la phlébite gauche appendiculaire est grave. Du reste, cela ne doit pas nous surprendre ; même au point de vue théorique, étant donnée la pathogénie, étant donné que cette complication est la conséquence d'une infection générale il ne peut en être autrement. Et puis, les faits sont là pour le prouver. Si nous jetons un coup d'œil rapide sur nos observations nous voyons que dans deux cas la mort en fut la conséquence. Dans notre observation II notre malade, arrivé à l'hôpital dans un état très précaire, fut un instant soulagé à la suite de l'intervention. Mais, cette amélioration, ce mieux ne se maintint pas longtemps. Un mois à peine après l'opération l'état général du malade se mit à baisser ; à ce moment on constata la disparition de l'appétit, on constata également l'amaigrissement, des poussées de température. Pourtant du côté de la plaie, tout se passait normalement, la suppuration était abondante, l'évacuation du pus se faisait régulièrement. Malgré cela, les phénomènes généraux n'allèrent qu'en

s'accentuant ; le rein ne pouvant réagir contre cette infection généralisée faiblit à son tour : on constata des signes d'insuffisance ; on vit apparaître de l'œdème malléolaire, de la bouffissure des paupières, et même de l'anasarque. Le poumon se prit à son tour ; le malade se mit à tousser ; ses crachats devinrent purulents. Enfin, l'organisme ne pouvant plus soutenir la lutte, épuisé, vaincu, le malade succomba présentant tous les signes d'une cachexie avancée.

Même fait s'est reproduit chez le malade de M. le professeur Poncet, observation IV.

Dans les autres cas, quand la terminaison n'est pas fatale, ce n'est qu'au bout d'un temps fort long que le malade revient à un état de santé satisfaisant ; ce n'est qu'au bout de plusieurs mois qu'il peut reprendre ses occupations — souvent même la convalescence est entrecoupée d'accidents divers démontrant combien profondément l'organisme est touché. Ainsi chez le malade de notre observation I on voit se produire deux incidents durant la convalescence. A deux reprises successives il eut des poussées du côté de ses poumons ; dans ses expectorations, il élimine des débris de tissu sphacélé. Assez gravement touché, il va consulter un médecin qui, à l'auscultation de la poitrine, constate des signes cavitaires au point même de porter un diagnostic de tuberculose.

Si le malade de l'observation III n'eut pas d'incident, il eut tout au moins une convalescence très longue. Quatre mois après l'intervention son œdème persistait encore et ce n'est guère qu'au bout de six

mois qu'il put se livrer à ses occupations, reprendre son travail.

L'examen attentif de ces quelques faits montre bien que l'apparition de la phlébite au cours de l'appendicite assombrit considérablement le pronostic. Comment évoluera cette complication, on ne le sait, et même rien ne peut le faire prévoir. Le médecin se trouve dans l'incertitude la plus profonde sur le sort de son malade. Le pronostic ne peut être que très réservé.

Comment donc parer à ses tristes éventualités ? Comment se mettre en garde contre cette phlébite ? Une fois déclarée comment la soigner ? c'est ce que nous allons essayer de rechercher, c'est ce qui fera l'objet de notre chapitre suivant.

CONDUITE THÉRAPEUTIQUE

Au début de ce chapitre nous devons nous poser la série des questions suivantes :

1° Pouvons-nous éviter la phlébite au cours de l'appendicite ?

2° La maladie constituée, nous avons affaire à des appendicites avec abcès péricœcal, avec foyers de péritonite enkystée, que devons-nous faire ?

3° Les lésions sont seulement intra-pariétales, n'ont pas dépassé l'appendice, devons-nous opérer quand même et ne pas attendre que la phase aiguë soit passée ?

4° La phlébite est survenue, comment la soigner ?

I. — Au point de vue thérapeutique, nous avons un moyen prophylactique d'éviter la phlébite gauche appendiculaire, c'est d'opérer l'appendicite de bonne heure, avant que l'organisme ait eu le temps d'être intoxiqué, avant que la pyohémie soit constituée.

Aussitôt qu'on aura bien constaté la triade douloureuse, douleur appendiculaire, défense musculaire

et hyperesthésie cutanée, aussitôt que les douleurs auront révélé l'existence d'une suppuration, il faudra opérer. Comme le dit le professeur Poncet : « du moment où il y a un foyer infectieux, quels qu'en soient le siège et la profondeur, alors que par son évolution naturelle il peut être la cause de complications graves, mortelles, le devoir du chirurgien est tout tracé, il doit agir ». Quand une appendicite commence et quelles que soient ses allures, on ne sait jamais ce qu'elle deviendra ; et puisque maintenant le malade est condamné à l'opération, autant lui en assurer de suite le bénéfice. Car, Dieulafoy l'a bien montré, tout est trompeur dans l'appendicite. La crise terminée, il est impossible de savoir si une nouvelle crise peut se produire. D'autre part, l'appendicite la mieux caractérisée, celle qui semble le plus normalement marcher vers la résolution peut brusquement donner lieu par ouverture dans le péritoine à une péritonite promptement mortelle et cette complication peut se produire sans qu'aucun signe spécial soit de nature à la faire prévoir.

Il faut se défier des accalmies traîtresses, savoir que l'aggravation est quelquefois si rapide qu'elle déjoue toutes les prévisions et qu'avec la surveillance la plus minutieuse la temporisation expose à des malheurs irréparables.

Donc, opérer de suite. Ne pas attendre que la phase aiguë soit calmée pour opérer à froid. Étant données les adhérences créées, l'opération à froid sera plus difficile, et les avantages, comme l'a montré Gramboulan, ne compensent pas les chances défavorables

que l'on fait courir au malade en retardant l'opération.

Plus l'opération sera précoce moins elle sera grave.

« L'intervention de parti pris, dans tous les cas, disent MM. Tripier et Paviot, lorsqu'elle a lieu de bonne heure donne les meilleurs résultats. » Et plus loin : « Cette pratique exclusivement chirurgicale peut être soutenue non parce que tous les cas sont graves mais parce qu'il est souvent très difficile sinon impossible de distinguer les cas graves ou susceptibles de le devenir soit spontanément, soit sous l'influence de la moindre cause occasionnelle. »

Donc, nous adoptons pleinement la conclusion de M. Vignard dans son travail sur l'« appendicectomie », où il dit : « En pratique l'opération doit être aussi hâtive que possible. Elle seule donne la sécurité dans le cours d'une maladie redoutable et dont il est impossible de fixer le pronostic lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, c'est-à-dire au traitement médical. »

II. — A plus forte raison devons-nous opérer quand il y a abcès péricœcal, quand un empâtement, une tuméfaction vient nous révéler un foyer de péritonite enkysté. Dans ce cas, l'expectation est la pire des erreurs. Elle expose les malades à la péritonite généralisée, c'est-à-dire à la mort dans le plus bref délai. Sur ce point l'accord est unanime, médecins et chirurgiens sont d'avis qu'il faut opérer et vite, que dans ces conditions les heures sont comptées et qu'un retard peut coûter la vie au malade.

III. — Autrement délicate est la question de savoir ce qu'on doit faire quand les lésions sont encore intra-pariétales, quand le péritoine n'est pas encore touché. Cette question a provoqué depuis quelques années de nombreuses polémiques et maintenant encore l'entente est loin d'être établie entre médecins et chirurgiens. Le monde médical se partage nettement en deux classes distinctes : les opportunistes et les radicaux.

Les opportunistes sont d'avis que dans ce cas il faut se tenir dans l'expectation, surveiller attentivement le malade mais ne pas opérer tant que les lésions sont intra-pariétales. Pour eux, on doit se borner au traitement médical, repos absolu, diète, glace sur le ventre, opium à l'intérieur. Ils attendent que la phase aiguë soit passée et ce n'est qu'après, lorsque tout est rentré dans le calme, qu'ils opèrent. Pour eux, en opérant à froid, sur un terrain aseptique, on a toute liberté pour suturer convenablement la paroi abdominale et éviter ainsi l'éventration fatale dans les opérations à chaud ou le drainage absolument forcé.

Les radicaux répondent qu'en attendant on s'expose à tous les méfaits de l'appendicite, que, voulant éviter à son malade une éventration, on lui fait courir le risque d'une terminaison fatale.

Sans émettre la prétention de résoudre une question si longuement et depuis si longtemps débattue, nous croyons, cependant, étant donné tout ce que nous avons dit au sujet de la prophylaxie que, alors même que les lésions ne sont qu'intra-pariétales, on

doit opérer quand même. C'est tout au moins la conclusion qui semble découler des faits que nous avons exposés.

IV. — Mais quand la phlébite est constituée, quelle conduite tenir ? Encore là, il faut opérer, la thrombose n'étant pas une contre-indication. En ouvrant le foyer purulent, en enlevant l'appendice, source de tous les maux, on empêche tout au moins de nouvelles complications, on débarrasse l'organisme de toxines qui ne pourraient que l'altérer davantage encore. Mais c'est en s'entourant de toutes les précautions, en évitant tout mouvement de crainte de déplacer le caillot, qu'il faudra opérer et même, si du côté de l'appendice les troubles ne sont pas très graves, il sera bon d'attendre quelques jours si la date de la phlébite est par trop récente. Dans ce cas, les mouvements exigés par le transport du patient, les manœuvres nécessaires à l'opération peuvent faire courir au malade autant sinon plus de dangers que la maladie elle-même.

Quant au traitement de la phlébite appendiculaire elle-même il ne diffère en rien de celui des phlébites en général. Ce sera le repos horizontal au lit, l'enveloppement ouaté du membre malade, son immobilisation la plus complète, la défense expresse de toute friction, de la palpation elle-même pour éviter tout danger d'embolie.

CONCLUSIONS

I. — A côté des complications hépatiques, pleurales et musculaires de l'appendicite il faut placer la phlébite du membre inférieur gauche.

II. — La phlébite survient plusieurs jours après le début de l'appendicite et aussi bien dans les formes suppurées que dans les formes pariétales de cette affection.

Une fois constituée, elle évolue comme les phlegmatia ordinaires.

III. — Le diagnostic ordinairement facile devra faire reconnaître l'origine appendiculaire de la phlébite malgré son siège à gauche. Ce siège ne devra pas faire errer le diagnostic en faisant chercher du côté correspondant la lésion causale.

IV. — Il faut admettre que cet accident veineux est sous la dépendance d'une infection générale de l'organisme et non d'une altération de contiguité en rapport avec les voies lymphatiques.

V. — Le pronostic est grave en raison de cette pathogénie (deux morts sur six cas), la phlébite gauche s'accompagnant d'accidents redoutables pulmonaires ou autres et en tout cas retardant toujours la guérison.

VI. — La possibilité de l'évolution d'une phlébite gauche indiquera l'ouverture précoce et justifiera dans les formes pariétales l'intervention hâtive.

Le traitement de la phlébite proprement dite sera celui des phlegmatia ordinaires.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LACASSAGNE.

Vu :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Infection du foie compliquant l'appendicite. Pathogénie des abcès aréolaires. Communication à la Soc. méd. des hôpitaux, 16 nov. 1894.
- ADDINSELL. — *Pathological Society of London*, 18 janvier 1898.
- ALLARD. — Date et mode de perforation de l'appendicite perforante. Thèse, Lyon, 1898-1899.
- AROUD. — De l'appendicite à gauche. Thèse, Lyon, 1900.
- ASHBY. — Abcès pyohémique du foie, suite d'une ulcération de l'appendice cœcal par une épingle. *Lancet*, 1^{er} nov. 1889.
- BARBET. — Appendicites avec abcès gauches. Thèse, Paris, 1898.
- BAUCHET. — Sur les abcès de la fosse iliaque, 1862, p. 35-67.
- BÉNARD. — Localisations extra-abdominales des abcès d'origine appendiculaire. Thèse, Lyon, 1898-1899.
- BERNHARD (A.). — *Jæhrbuch für Kinderheilkunde*, fasc. 4, 1886. Cliniq. du prof. Koths, Strasbourg.
- BERNHEIM. — Pylephlébite suppurée consécutive à la suppuration du cœcum et de l'appendice iléo-cœcal. *Revue médicale de l'Est*, 1874, p. 33.
- BERTHELIN (L.). — Complications hépatiques de l'appendicite. Thèse, Paris, 1895.
- BESREDKA. — Abcès sous-phréniques. Thèse, Paris, 1896-1897.
- BEZANÇON. — *Bull. Société anat. de Paris*, janvier 1894, p. 7.
- BREWES EMERSON. — *Annals of surgery*, 1898, p. 376.
- BRUN (F.). — Article Appendicite du *Traité des maladies de l'enfance*, t. III, p. 105.
- BROCA. — L'appendicite. *Actualités médicales*, 1900.

- BUHL. — Perforation de l'appendice. Pylephlébite suppurée. Abscess du foie. *Zeitschrift für rationnell Medicin*, 1834, p. 348.
- BURNE. — *Gazette médicale de Paris*, 1858.
- CALEY. — *Lancet*, 10 février 1900, p. 378.
- CHAMBARD. — Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de l'appendicite. Thèse Lyon 1898-1899.
- CHURCH. — Ulcération de l'appendice causée par une épingle. Hépatite suppurée. *Boston medic. Journ.*, 83, CIX, p. 269.
- COCHOT. — Contribution à l'étude des complications post-opératoires de l'appendicite. Thèse Paris, 1898-1899.
- COITIER. — L'avenir des appendiculaires. Thèse Paris, 1899.
- COURAND. — De la psoite d'origine appendiculaire. Thèse de Lyon, 1895.
- CROIZAT. — De la pleurésie droite comme complications de l'appendicite, de la typhlite et de la pérityphlite. Thèse Lyon, 1892.
- DALBÈS (E). — Contribution à l'étude des abcès sous-phréniques. Thèse Toulouse, 1900.
- DEAVER. — Inflammation de la fosse iliaque droite liée à une lésion du cœcum et de l'appendice. *Medic. News*, 1892.
- DE GENNES. — Pérityphlite gangreneuse. Abscess du foie. *Bull. de la Soc. anat.*, 1883.
- DE KLECKI. — Recherches sur la pathogénie de la péritonite d'origine intestinale. Étude sur la virulence du coli bacille. *Ann. de l'Institut Pasteur*, t. IX, p. 710-736.
- DESCHAMPS. — Péritonite péri-hépatique enkystée, thèse de Paris, 1886.
- DIEULAFOY. — *Cliniq. méd. de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1897-1898, p. 167.
- *Semaine médicale*, 1898, p. 449.
- La pleurésie appendiculaire, *Presse médicale*, avril 1900.
- Les pleurésies ozéneuses, *Semaine médicale*, 31 octobre 1900.
- DORMOY. — Appendicite à forme pelvienne, thèse Lyon, 1897.
- DUDDENHAUSEN. — Dissert. inaug. Berlin, 1889.
- DUPRÉ. — *France médicale*, 1888, p. 25.
- EINHORN. — *Munch. med. Wochenschr.*, fév. 1891, p. 121.
- FELTZ. — Appendicite compliquée d'abcès aréolaires du foie. Communiqué. à la Soc. méd. des hôpitaux, 11 avril 1895.
- FISSINGER. — Les troubles cérébraux dans l'appendicite. *Médecine moderne*, 19 juillet 1899.
- FITZ-REGINALD. — *Journ. of Americ. med. Ass.*, 10 juillet 1887, p. 46.
- FLOERSHEIM. — L'appendicite maladie infectieuse. *Journ. des Praticiens*, 1897.

- FOLET. — Congrès français de chirurgie, 1885, p. 441.
- FRAENKEL. — *Berlin. klin. Wochenschr.*, 2 nov. 1891.
- GAY-BONNET et RAYMOND. — Appendicite compliquée d'abcès péritonéal et de pleurésie appendiculaire. *Limousin médical*, 1900, XXIV, p. 210.
- GANGOLPHE. — Psoitis et appendicite, *Lyon médical*, 1894, p. 582.
- GENDRIN. — Perforation de l'appendice vermiforme, abcès péricœcal. Pylephlébite suppurative. Thèse Paris, 1883.
- GÉRARD MARCHAND. — Soc. de chirurgie, 24 juillet 1895.
- GOUGET. — Appendicite folliculaire par pyohémie expérimentale. Soc. de Biologie, séance du 8 juillet 1899. *Semaine médicale*, 1899, p. 237.
- GRAMBOULAN. — De la résection à froid de l'appendice iléo-cœcal. Difficultés et accidents. Thèse Paris, 1896.
- GRANDMAISON. — Appendicite latente. *Médecine moderne*, 7 nov. 1900.
- GRANDSIRE. — Contribution à l'étude des abcès sous-diaphragmatiques d'origine gastro-intestinale. Thèse Paris, 1895.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — Ulcération de l'appendice cœcal. Pylephlébite suppurée. Abcès du foie. *France médicale*, 10 mars 1875.
- GUINARD. — Traité Delbet-Ledentu, 1898.
- HARLEY GEORGES. — Traité des maladies du foie.
- HARTE. — Un cas de pyohémie dû à l'appendicite. *Lancet*, 1894.
- HILLAIRET. — Phlébite suppurée de la veine porte: infl. du cœcum et de l'appendice, péritonite purulente. *Union médicale*, 1849, p. 258.
- JABOULAY. — L'appendicite putride. *Lyon médical*, 11 septembre 1898.
- JACOB. — Contribution à l'étude de l'appendicite. Thèse Paris, 1893.
- JACKLE. — Thèse de Marburg, 1888.
- JALAGUIER. — Traité Duplay-Reclus, 1898. *Société de chirurgie*, 1892.
- JONNESCO. — *Progrès médical*, 1894.
- JORAND. — Appendicite perforante, avec pylephlébite suppurée et abcès aréolaires du foie. *Bull. Soc. anat.*, 1894, p. 300.
- KEERTE. — Soc. méd. de Berlin, 6 juillet 1892. Traitement chirurgical des abcès du foie consécutifs à la pérytiphlite, *Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 32, p. 794, 8 août 1892.
- KOUINDJY. — Appendicectomie, difficultés de l'opération et accidents consécutifs, thèse de Paris, 97-98.
- LAIZÉ (E.). — Étude sur les abcès enkystés péritonéaux secondaires dans l'appendicite, thèse de Paris, 97-98.

- LANCEREAUX. — Maladies du foie et du pancréas.
- LANGHELDT (A.). — Inaug. diss. sur la pérytyphlyte, Berlin, 1890.
- LAPORTE (A.). — Appendicite avec foyers péritonéaux à distance.
Presse médicale, 10 octobre 1900.
- LEGG. — Ulcération de l'appendice vermiforme par une épingle, abcès du foie récent et guéri, *Saint-Bartholomew's hospital Reports*, 1875, t. XI, p. 85.
- LEGUEU. — De l'appendicite. Monographies cliniques. Traité de l'appendicite, *Id.*, 1900.
- LELONG. — *Arch. de méd. militaire*, 1894, t. XVIII.
- LEMAIRE. — *Arch. de méd. experim.*, sept. 1899, p. 556.
- LEUDET. — *Arch. générales de méd.*, 1859, t. XIV, p. 319.
- LEVREY. — Du rôle de l'épiploïte aiguë ou chronique au cours des appendicites, thèse de Paris, 1899.
- LOISON. — Des suppurations intra et péri-hépatiques dans l'appendicite, *Revue de chirurgie*, avril 1900.
- MAC CLELLAND. — Ulcération de l'appendice par une épingle. Abcès multiples du foie. Méningite, *Lancet*, 10 avril 1886.
- MATHIEU. — Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin, 1901.
- MAURIN. — Essai sur l'appendicite. Thèse, Paris 1890.
- MELIER. — Mémoire sur quelques maladies de l'appendice cœcal, *Journal général de médecine*, 1827.
- MENIÈRE. — Mémoire sur des tumeurs phlegmoneuses occupant la fosse iliaque droite. *Archives générales de médecine*, 1828, vol. XVII, p. 524.
- MERKLEN. — Appendicite et influenza, 1898.
- MESTIVIER. — *Journal de médecine et de chirurgie*, 1759.
- MOHR in FRIERICHs. — Traité des maladies de foie, 1862, p. 642.
- MONNIER. — Abcès multiples du foie et phlébite de la veine porte chez un enfant de douze ans. Mort. *Bulletin de la Société anat.* 1892.
- MONOD. — *Société de chirurgie*, 10 juillet 1895.
- MONOD et VANVERS. — L'appendicite. *Encyclopédie scientifique*, 1899.
- MURCHISSON. — Ulcération de l'appendice vermiculaire. Hépatite pyohémique. Leçons cliniques sur les maladies du foie, p. 177.
- NETTER. — Abcès du foie consécutif à une ulcération de l'appendice cœcal par une épingle. *Soc. cliniq.*, 1882.
- MICHL. — Thèse de Munich, 1893.

- OLIVIER. — Résultats éloignés des appendicites suppurées traitées par la simple incision de l'abcès, thèse de Lyon, 1898.
- OPPOLZER. — *Allgem. Wiener med. Zeitung*, 1858.
- PAUCHET. — Des complications post.-opératoires immédiates et éloignées à la suite des interventions pour appendicite à chaud. Déduction thérapeutique. *Gaz. méd. de Picardie*, 1900, XVIII, p. 167.
- PAYNE. — Abcès du foie consécutif à une lésion traumatique de l'appendice vermiforme. *Transact. of the path. Soc. of London*, 1871, t. XXI, p. 231.
- PEARCE GOULD. — *Soc. chirurg. de Londres*, 6 mars 1891, et *Semaine méd.*, 11 mars 1891, p. 91.
- PFANNKUCH. — Thèse de Marburg, 1869.
- PIARD. — Des suppurations à distance de l'appendicite, thèse Paris, 1896. *Arch. génér. de méd.*, 1896, t. VI, p. 290.
- PILLIET et GOSSET. — *Bull. de la Société anat. de Paris*, 1895, t. XL, p. 641.
- PONCET et JABOULAY. — *Revue de chirurgie*, 1892.
- PONCET (A.). — *Gaz. heb. et Mercredi méd.*, 1896.
— Pathogénie de l'appendicite. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1896 et suivantes.
- RABE. — *Bull. de la Société anat. de Paris*, 1895, t. XL.
- RAMADAN. — Pyopneumothorax sous-phrénique. Thèse Paris, 1891.
- RECLUS. — *Soc. de chirurgie*, 1895.
- REINHOLD. — Perforation de l'appendice, pérityphlite latente. Abcès du foie. *Münchener medicin Wochenschrift*, 1887, p. 649.
— Ulcérations de l'appendice; pylephlébite suppurée, abcès du foie, *Id.*
- RENDU. — Ulcération de l'appendice iléo-cœcal suivie de pyohémie. *Clinique médic.*, 1890, t. II, p. 127.
- RICARD. — Typhlite, pérytyphlite et appendicite. *Gaz. des Hôpitaux*, 1891.
- RIOBLANC. — Appendicite compliquée de pleurésie purulente, *Gaz. Hôp.*, 1897, p. 1335.
- ROBINSON. — Ulcération de l'appendice vermiforme suivie de pyohémie, *Lancet*, 2 février 1885, p. 333.
- ROCHAZ. — Contr. à l'étude des calculs appendiculaires, thèse de Lausanne, 1895.
- BOGER (J.). — Appendicite et psoitis, *Presse médicale*, 15 septembre 1900.

- ROUX. — *Revue de la Suisse romande*, 1900, p. 1.
- SAHLI. — Ueber die Pathologie und Therapie bei Perityphlitis. *Corresp. Bl. f. Schw. Aerzte*, septembre et octobre 1884.
- SALLET. — Des abcès péri-hépatiques d'origine appendiculaire, thèse Lyon, 1894.
- SCHÖEMAKER. — Épingle ordinaire dans l'appendice vermiforme; infection rétro-péritonéale secondaire, abcès du foie. *Medical News*, Philadelphie, t. IV, XII, 1893, p. 398.
- Gangrène de l'appendice. Inflammation suppurée aiguë des branches appartenant au système porte. Abcès multiples du foie. *Medical News*, Philadelphie, 1893, vol. LXII, p. 398.
- SCHUCHARDT (de Stettin). — *Congrès de chirurgie allemand*, 1890.
- SCHULTEN. — Sur l'abcès sous-phrénique dans l'appendicite. *Finaka*, février 1898.
- SIRAUD. — *Gaz. des Hôpitaux*, 14 juin 1892.
- SONNENFELD. — Ulcération et gangrène de l'appendice. Phlébite suppurative des veines mésentériques et de la veine porte. Hépatite suppurée. *Wien. med. Press*, 1885, p. 1258.
- SOUQUES. — Abcès multiples au foie consécutifs à une typhlite ulcéreuse. *Bull. de la Soc. anat.* 1889.
- SOUTHEY. — Suppuration de l'appendice. Thrombose de la veine porte. Hépatite suppurée. *Lancet*, 25 janvier 1879.
- TERMET et VANVERS. — De la prédominance des sympt. à gauche dans l'appendicite. *Gaz. des Hôp.*, mars 1897.
- THOINOT. — Abcès multiple du foie. *Bull. de la Soc. anat.*, 1884, p. 529.
- TRAUBE. — Perforation de l'appendice. Pylephlébite. Abcès du foie. Fièvre à caractère intermittent régulier (la double tierce). *Deutsche Klinik*, 1859, p. 505.
- TRIPPIER et PAVIOT. — L'appendicite par infection générale. *Semaine médicale*, mars 1899.
- Pathogénie péritonitique de la crise appendiculaire. *Arch. générales de médecine*, juillet 1899.
- TUFFIER. — Étude sur le cœcum et ses hernies. *Arch. générales de méd.*, 1887, t. I, p. 641.
- VEILLON et ZUBER. — *Arch. de méd. experim.*, 1898, t. X, p. 517.
- VELTEN. — Phlegmons sous-ombilicaux appendicul. Thèse Lyon 1899.
- VERCHÈRE. — Septicémie intestino.-péritonéale. *Revue de chirurgie*, 1888, p. 559.

- VIGNARD. — De l'appendicectomie, indications, contre-indications et manuel opératoire, nécessité de l'appendicectomie précoce. Thèse Lyon, 1898-1899.
- VILLARD et VIGNARD. — Phlébite du membre inférieur gauche et appendicite, à paraître dans *Revue de chirurgie*, décembre 1900.
- VLADOFF. — Absès appendiculaires ouverts dans la vessie. Thèse Lyon, 1898.
- M^{lle} VON MAYER. — Étude sur la pathol. de l'appendicite à répétition. *Travaux de l'Institut pathologique de Lausanne*, 1898.
- VORBE. — Des rapports de l'appendicite et de l'entéro-colite muco-membraneuse Thèse Lyon, 1898-1899.
- WALLER. — *Zeitschr. der Gesell. der Aerzte in Wien*, 1846, t. III, p. 385.
- WEISS. — *Revue de chirurgie*, juillet 1898.
- WERIGO. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1894.
- WEST. — *Transact. of the path. Soc. of London*, t. XLII, 1890-1891, p. 138.
-

LYON

IMPRIMERIE A. STORCK & C^{ie}

8, Rue de la Méditerranée, 8
